

Deliberazione della Giunta Regionale 20 aprile 2015, n. 18-1326

Pianificazione economico-finanziaria e definizione delle regole del Sistema Sanitario piemontese in materia di assistenza alle persone anziane non autosufficienti con decorrenza dall'esercizio 2015.

A relazione degli Assessori Ferrari, Saitta:

Visto il Programma Operativo 2013-2015 che, all'Azione 14.4.2 "Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale per anziani", nel punto in cui vengono specificati gli indicatori di risultato dettaglia quanto segue: Raggiungimento dello standard di 1,7 per 100 anziani non autosufficienti ospiti in RSA entro il 31.12.2015;

considerata la sentenza del Consiglio di Stato in adunanza plenaria n. 3/2012 dove viene ribadito che: "... Alle Regioni è stato pertanto affidato il compito di adottare determinazioni di natura autoritativa e vincolante in tema di limiti alla spesa sanitaria, in coerenza con l'esigenza che l'attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario sia svolta nell'ambito di una pianificazione finanziaria. Alla stregua di detta disciplina spetta ad un atto autoritativo e vincolante di programmazione regionale, e non già ad una fase concordata e convenzionale, la fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di istituzioni, nonché la determinazione dei preventivi annuali delle prestazioni";

richiamata la D.G.R. n. 45-4248 del 30 luglio 2012 che, nel definire il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti, rivede la normativa esistente nell'ottica di migliorare la flessibilità del servizio, semplificare il contesto normativo e predisporre le basi per garantire la sostenibilità economica di uno dei servizi cardine del sistema integrato dei servizi socio-sanitari e stabilisce, tra l'altro:

- i requisiti gestionali e strutturali per il nuovo modello assistenziale integrato e per i Nuclei Alzheimer Temporanei e centri semiresidenziali;
- le linee guida per la famiglia, il volontariato, la tutela dei diritti degli utenti e per il regolamento di struttura socio-sanitaria per persone anziane non autosufficienti in regime di accreditamento;
- la regolamentazione relativa all'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) richiamando quanto stabilito dalla D.G.R. n. 42-8390 del 10 marzo 2008 e s.m.i.;
- la revoca dei seguenti provvedimenti: D.G.R. n. 41-42433 del 9 gennaio 1995; D.G.R. n. 37-29527 del 1° marzo 2000; D.G.R. n. 46-9275 del 05 maggio 2003; D.G.R. n. 2-3520 del 31 luglio 2006; D.G.R. n. 39-9365 del 1° agosto 2008; D.G.R. n. 38-11189 del 6 aprile 2009; D.G.R. n. 64-13649 del 22 marzo 2010;
- la revoca tutte le disposizioni inerenti i requisiti strutturali per le Residenze Assistenziali Flessibili (R.A.F.), le Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.), i Centri Diurni Integrati inseriti in un presidio sociosanitario (C.D.I.), i Centri Diurni Integrati Autonomi (C.D.I.A.), contenute nei seguenti provvedimenti: D.G.R. n. 38-16335 del 29.06.1992; D.G.R. n. 129-10470 del 09.07.1996; D.G.R. n. 39-29311 del 07.02.2000;

richiamata la D.G.R. n. 85-6287 del 2 agosto 2013 che approva il piano tariffario delle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti come previsto dalla D.G.R. n. 45-4248 del 30 luglio 2012, piano che riporta l'indicazione delle tariffe complessive per le fasce assistenziali previste dalla citata D.G.R. del 2012, nonché la ripartizione tra quota a carico del SSR (quota sanitaria) e quota a carico dell'utente o integrata dall'Ente gestore delle funzioni socio assistenziali (quota utente/comune);

richiamati inoltre i seguenti provvedimenti regionali:

- D.G.R. n. 14-5999 del 25 giugno 2013 "Interventi per la revisione del percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente in ottemperanza all'ordinanza del TAR Piemonte n. 141/2013", che, sulla base di quanto disposto dal TAR, rivede la regolamentazione relativa all'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) disposta dalla D.G.R. n. 45-4248 del 30 luglio 2012 predisponendo un nuovo modello di valutazione dell'utente e approva la consistenza del budget regionale per l'anno 2013 in € 265.000.000, che trovano copertura nel fondo indistinto delle ASL per l'anno 2013;
- D.G.R. n. 16-6690 del 19 novembre 2013 "Ripartizione alle ASL del budget previsto dalle DD.G.R. n. 14-5999 del 25/06/2013 e n. 85-6287 del 2/08/2013 per le prestazioni residenziali per anziani non autosufficienti e definizione degli obiettivi tendenziali di servizio per gli anni 2013 - 2014" che approva, tra l'altro, la ripartizione del budget di 265 milioni di euro per ASL per il 2013 e per il 2014;

considerata la sentenza del Consiglio di Stato n. 00604/2015, rispetto alla quale si sottolineano i seguenti principi:

- non si può sostenere che tutte le persone non autosufficienti abbiano diritto ad accedere ai servizi residenziali, perché l'inserimento in strutture residenziali di soggetti non autosufficienti in grado di essere efficacemente assistiti in strutture semiresidenziali o a domicilio risulterebbe una misura del tutto inappropriata, oltre che eccessivamente costosa e di fatto inapplicabile per l'enorme dilatazione del numero di posti letto che comporterebbe;
- l'UVG svolge un ruolo chiave di orientamento della persona a esito della valutazione multidimensionale. Infatti, il sistema previsto dalla delibera regionale del 25 giugno 2013, se da un lato prevede una valutazione e un'attribuzione di punteggio per verificare che la persona anziana sia effettivamente non autosufficiente e per regolare l'accesso alle strutture residenziali sulla base degli effettivi bisogni sanitari e sociali dei richiedenti, dall'altro assicura la presa in carico di tutti gli anziani non autosufficienti attraverso progetti alternativi semiresidenziali e domiciliari;
- le liste di attesa, così come strutturate, consentono una efficace gestione degli accessi rispetto alle quali non si riscontrano elementi di irragionevolezza e di violazione dei LEA, né rispetto ai casi urgenti né rispetto ai casi differibili;

dato Atto che le Aziende rientranti nel perimetro di consolidamento del S.S.R., devono assicurare il rispetto dei restanti obiettivi di razionalizzazione della spesa richiamati dal PO 2013-2015 e da successivi atti regionali vigenti, al fine di conseguire un risultato di sostanziale pareggio dei bilanci d'esercizio anche con riferimento ai principi contenuti nella Legge Costituzionale 20 aprile 2012, n. 1 recante "Introduzione del principio del pareggio di bilancio nella Carta costituzionale" e la legge n. 243/2012 di attuazione del principio del pareggio di bilancio, con particolare riferimento all'art. 9;

Considerata la necessità di adottare interventi che consentano di adeguare la dotazione regionale di posti di residenzialità per persone non autosufficienti all'indice di 1,7 posti ogni 100 anziani over 65 anni, in attuazione al sopra richiamato Programma Operativo;

ritenuto necessario adeguare il sistema della residenzialità per la non autosufficienza ai nuovi bisogni delle persone, introducendo il concetto della libertà di scelta da parte della persona e della sua famiglia del setting di assistenza, potendo in particolare valutare l'opzione di rimanere al proprio domicilio, con garanzia di pari livello di assistenza attraverso l'erogazione di pacchetti di prestazioni;

ritenuto pertanto di disporre di risorse aggiuntive per adeguare la dotazione regionale, al 31-12-2014 posizionata a 1,6 posti ogni 100 anziani over 65 anni, assumendo comunque come limite invalicabile di spesa a carico del SSR l'importo complessivo di 280 milioni di euro, coerente agli obiettivi di spesa indicati per l'esercizio 2015 dalla Regione in sede di definizione del PO 2013-2015;

ritenuto che il riparto delle risorse alle ASL sarà effettuato con successivo provvedimento della competente Direzione Regionale Sanità, in applicazione dei criteri già definiti per ogni misura dalla D.G.R. n. 16-6690 del 19 novembre 2013, tenuto conto delle rendicontazioni finali relativi all'anno 2014;

ribadita l'opportunità di mantenere il ruolo della UVG, già introdotta con la sopra richiamata D.G.R. n. 45-4248 del 30 luglio 2012, ritenendo la valutazione multidimensionale del bisogno elemento strategico per garantire un accesso appropriato ai servizi e il Progetto Individuale un elemento di garanzia di una presa in carico rispondente agli effettivi bisogni della persona, anche al domicilio;

valutata la necessità di mantenere, per assicurare il rispetto di "sostanziale pareggio dei bilanci d'esercizio degli Enti del SSR", le liste di attesa, governate dalle ASL sulla base della priorità rilevata in sede di valutazione multidimensionale del bisogno dalla UVG, quale elemento di garanzia rispetto al "limite invalicabile della spesa",

preso atto che il fenomeno delle liste d'attesa è presente in tutti gli Stati dove insiste un sistema sanitario universalistico e che offra un livello di assistenza avanzato e che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma vanno poste in essere azioni complesse e articolate, considerando in particolare la promozione del principio di appropriatezza nelle sue due dimensioni clinica e organizzativa, e che la soluzione del problema non può essere meramente quantitativa sul versante dell'organizzazione dell'offerta e dei volumi della produzione, ma deve coniugare il bisogno espresso con adeguate strategie di governo della domanda, che tenga conto di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di priorità delle prestazioni;

precisato che l'obiettivo deve essere quello di promuovere la capacità del S.S.N. di intercettare il reale bisogno di salute, di efficientare l'appropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei Lea;

ribadito quale principio fondamentale del sistema di presa in carico, per quanto riguarda i progetti di residenzialità e domiciliarità, quello di tenere conto delle situazioni in cui si ravvisano caratteri di urgenza per aspetti sanitari e/o sociali che determinano una priorità di accesso;

ritenuto di dare alle sopra richiamate UVG anche il ruolo di supporto alla famiglia nella scelta tra ricovero in residenzialità e permanenza a domicilio e, in quest'ultimo caso, nell'orientamento nella rete dei servizi;

ritenuto di attribuire alle ASL la responsabilità dei controlli rispetto all'effettiva erogazione delle prestazioni previste per dare attuazione al Progetto Individuale;

ritenuto di demandare a successivi provvedimenti la definizione delle regole e dei criteri attuativi che saranno proposti dalle competenti Direzioni Regionali Sanità e Coesione Sociale e, in particolare:

- adeguamento del sistema di valutazione multidimensionale del bisogno;
- contenuti del Progetto Individuale;
- prestazioni erogabili al domicilio;
- soggetti accreditati per l'erogazione delle prestazioni;
- modalità di remunerazione e rendicontazione delle prestazioni;
- modalità di effettuazione dei controlli;

precisato che per l'attuazione dei provvedimenti di cui al punto precedente è necessario acquisire sulla presente deliberazione il parere favorevole da parte dei Ministeri competenti;

visti i seguenti provvedimenti legislativi e amministrativi:

- l.r. n. 5 del 2015 avente ad oggetto: "Proroga dell'autorizzazione all'esercizio provvisorio del bilancio della Regione Piemonte per l'anno finanziario 2015;
- visto il D.P.C.M. 14 febbraio 2001;
- visto il D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, punto 1 C;

tutto ciò premesso e considerato;

udita la proposta del relatore,

la Giunta Regionale, unanime,

delibera

per le motivazioni di cui alle premesse, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione:

1. di approvare l'allegato A) parte integrante del presente provvedimento, che delinea il quadro di rinnovamento del sistema della residenzialità per le persone anziane non autosufficienti;
2. di dare atto che l'avvio delle azioni di cui all'allegato A) è previsto a partire dal 30 giugno 2015;
3. di stabilire, con decorrenza 2015, quale limite invalicabile di spesa a carico del SSR l'importo complessivo annuo di 280 milioni di euro, in incremento di 15 milioni di euro rispetto alla pianificazione economico-finanziaria definita per l'esercizio 2014; che troveranno copertura nel fondo indistinto delle ASR per l'anno 2015;

4. di stabilire che il riparto delle risorse alle ASL sarà effettuato con successivo provvedimento dalla competente Direzione Regionale Sanità, in applicazione dei criteri già definiti per ogni misura dalla D.G.R. n. 16-6690 del 19 novembre 2013, tenuto conto delle rendicontazioni finali relative all'esercizio 2014;

5. di demandare a successive deliberazioni la definizione delle regole e dei criteri attuativi che saranno proposti dalle competenti Direzioni Regionali Sanità e Coesione Sociale e, in particolare:

- adeguamento del sistema di valutazione multidimensionale del bisogno;
- contenuti del Progetto Individuale;
- prestazioni erogabili al domicilio;
- soggetti accreditati per l'erogazione delle prestazioni;
- modalità di remunerazione e rendicontazione delle prestazioni;
- modalità di effettuazione dei controlli;

6. di dare mandato alle competenti Direzioni Regionali Sanità e Coesione Sociale per la puntuale applicazione di quanto disposto con il presente provvedimento, ed i relativi allegati, per quanto qui non precisato.

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso giurisdizionale avanti al TAR entro 60 giorni dalla data di comunicazione o piena conoscenza dell'atto, ovvero ricorso straordinario al Capo della Stato entro 120 giorni dalla suddetta data, ovvero l'azione innanzi al Giudice Ordinario, per tutelare un diritto soggettivo, entro il termine di prescrizione previsto dal Codice civile.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dall'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato

Il modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti, disciplinato con DGR n. 45-4248 del 30 Luglio 2012, ha contribuito all'aumento della flessibilità di offerta e di prestazioni, per meglio rispondere ai bisogni del cittadino sul territorio regionale.

Nella definizione del nuovo modello organizzativo, i punti cardine della riforma sono stati:

- Individuazione di due tipologie autorizzative per presidi a carattere residenziale, ossia RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) NAT (Nucleo Alzheimer Temporaneo) oltre a quattro tipologie autorizzative per presidi a carattere semiresidenziale, quali: CDI (Centro Diurno Integrato inserito in un presidio socio-sanitario), CDIA (Centro Diurno Integrato Autonomo), CDAA (Centro Diurno Alzheimer Autonomo) e CDAI (Centro Diurno Alzheimer inserito in struttura)
- Rimodulazione dei livelli di intensità assistenziale, strutturato in sei fasce assistenziali più una per l'Alzheimer, quali: Nucleo Alzheimer temporaneo, Alta-Incrementata, Alta, Medio-Alta, Media, Medio-Bassa, Bassa.
- Individuazione della Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) per la valutazione e individuazione del percorso assistenziale. Tra le principali funzioni dell' U.V.G. risalta quella di individuazione, attraverso la valutazione multidimensionale, dei bisogni sanitari e assistenziali delle persone anziane, identificando le risposte più idonee al loro soddisfacimento e privilegiando, ove possibile, il loro mantenimento a domicilio.

Le risorse finanziarie a disposizione, disciplinate dalla DGR n. 14-5999 del 25 giugno 2013 e ripartite con la successiva DGR n. 16-6690 del 19 novembre 2013, specificatamente destinate per l'assistenza residenziale per anziani non autosufficienti, sono state pari a € 265.000.000 come tetto annuo, per un numero di posti convenzionati obiettivo di 16.813. Questa dotazione di posti in convenzione permetteva di arrivare ad un indice di dotazione di 1,61 posti ogni 100 anziani over 65 anni.

La rete complessiva delle unità d'offerta sopra descritta ed in particolare le RSA, per le sue particolari caratteristiche e tipologia di prestazioni, non sempre risponde adeguatamente ai bisogni delle persone anziane non autosufficienti e fragili e delle loro famiglie. In particolare emergono le seguenti criticità:

- relativamente all'analisi della composizione dell'utenza, si evidenzia che le RSA gestiscono una casistica sempre più anziana e complessa, con una prevalenza di persone con un'alterazione dello stato della coscienza e/o con un grado di demenza significativo;
- le RSA vengono talora utilizzate come servizio volto a favorire il processo di dimissione dalla rete ospedaliera delle persone anziane, le cui condizioni cliniche rendono tale ricovero non sempre appropriato;
- la crisi economica in atto, così come gli impatti sulla famiglia derivanti da una diversa struttura sociale (occupazione, cassa integrazione, etc) determinano una riduzione della domanda di servizi residenziali a valenza sociosanitaria, soprattutto per le persone con una minore fragilità o non autosufficienza ed un'età più bassa, considerata la presenza di una quota di compartecipazione che le famiglie fanno fatica a garantire.

In conclusione si può affermare che il sistema sociosanitario della residenzialità non è in grado di rispondere pienamente ad un insieme di bisogni che è profondamente mutato negli anni. Se è importante avere servizi di residenzialità in grado di prendersi carico di anziani non autosufficienti complessi da un punto di vista clinico, sanitario e funzionale, è altrettanto importante dare una risposta alternativa alle famiglie, che devono gestire situazioni di non autosufficienza a domicilio.

Le prestazioni domiciliari in lungoassistenza rappresentano il rafforzamento di una modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano personalizzato di assistenza che integri le diverse componenti sanitaria, socio-sanitaria e sociale in modo da assicurare la continuità assistenziale, superando la frammentazione tra le prestazioni erogate dai servizi sociali e quelle erogate dai servizi sanitari. Tale fase è finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile ed è caratterizzata da un minore impegno terapeutico e/o riabilitativo, rispetto all'A.D.I., e da un maggiore intervento socio-sanitario rivolto a favorire il mantenimento/recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione, ed in linea generale, il miglioramento della qualità della vita e lo stato di salute delle persone.

Al fine di proseguire nella revisione della filiera dei servizi per la non autosufficienza, la Regione imposta con il presente provvedimento un percorso che prevede:

- un potenziamento dei servizi per la residenzialità, attraverso un incremento di risorse pari a 15 milioni di euro, portando la disponibilità complessiva di risorse a 280 milioni di euro, consistente per adeguare l'indice di dotazione a 1,7 posti ogni 100 anziani over 65 anni, così come previsto dal Programma Operativo, all'Azione 14.4.2 "Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale per anziani". L'integrazione di risorse permetterebbe di avere una copertura per 17.752 posti letto;
- una maggiore flessibilità della rete di offerta, con l'obiettivo di rispondere ai nuovi bisogni delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie, dando loro, a parità di condizione di bisogno, la libertà di scelta del luogo e della forma di assistenza;
- una revisione coerente della rete di offerta tradizionale dei servizi di RSA, con una articolazione del sistema di classificazione di fasce assistenziali e di remunerazione che risponda ai nuovi bisogno e al percorso delineato.

Si tratta di un programma modulare, che vede la sua prima fase attuativa nel potenziamento e nella flessibilizzazione della rete di offerta, demandando ad una fase successiva la revisione del sistema di classificazione delle RSA.

Al fine di flessibilizzare l'offerta, si introduce il concetto che una persona ritenuta dalla UVG idonea per la RSA può decidere liberamente se usufruire della RSA o se avvalersi di pacchetti di prestazioni da erogare al domicilio. L'UVG conserva quindi la sua funzione di valutazione multidimensionale del bisogno, già attribuita con DGR 42-8390 del 10 marzo 2008 e ribadito nella DGR n. 45-4248 del 30 Luglio 2012.

L'UVG infatti, a esito della valutazione multidimensionale del bisogno colloca le persone in apposite liste di attesa in ordine di priorità, indicando se il tipo di prestazioni necessario potranno essere erogate al domicilio. La stessa UVG definisce inoltre un Progetto Individuale dove sono individuate le aree di intervento e dove sono esplicitati, in ogni area individuata, gli obiettivi perseguibili, anche tenendo conto del setting di assistenza scelto dalla persona e dalla famiglia. La lista di attesa alimentata dalla UVG, già prevista nell'assetto vigente e la cui validità quale strumento di governo degli accessi è stata ribadita dalla richiamata senza del Consiglio di Stato n. 00604/2015, diventa criterio di accesso sia al ricovero in RSA sia agli interventi di sostegno alla domiciliarità. Le liste di attesa, governate dalla ASL, costituiscono, in questa ottica, elemento di garanzia rispetto al "limite invalicabile della spesa" necessario per assicurare il rispetto di "sostanziale pareggio dei bilanci d'esercizio degli Enti del SSR".

Costituiscono elementi essenziali del Progetto Individuale i seguenti punti:

- la sintesi dei bisogni come esito della valutazione multidimensionale;
- l'individuazione dell'area di intervento;
- la descrizione degli obiettivi della presa in carico.

Il progetto viene definito e firmato congiuntamente dalla UVG e dalla persona / famiglia.

Attraverso la scelta di rimanere al domicilio, l'anziano non autosufficiente e/o la sua famiglia possono accedere ad una gamma di interventi di natura sociosanitaria equivalenti a quelli che l'assistito avrebbe avuto in RSA; a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, si riportano alcuni esempi:

- prestazioni infermieristiche, di prelievo o di assistenza tutelare;
- attività di mantenimento e riattivazione psicofisica;
- consulenze/prestazioni di personale specialistico in relazione ai bisogni della famiglia e della persona (es. psicologo, geriatra ecc.);
- consulenza per adattamento dell'ambiente domestico, soluzioni domotiche, ausili ecc.;
- addestramento della famiglia o dell'assistente personale per le attività di accudimento.

L'UVG ha ruolo inoltre di accompagnamento e di orientamento, nel caso in cui la famiglia decida di avvalersi della scelta della domiciliarità, nella rete dei servizi finanziabili con le risorse assegnate, nella logica di realizzazione degli obiettivi definiti nel Progetto Individuale.

Nel caso in cui la persona decida di avvalersi di servizi di domiciliarità, deve essere effettuata una rivalutazione periodica da parte della UVG, al fine di verificare l'effettivo avanzamento del Progetto Individuale e valutare la necessità / opportunità di eventuali cambi di setting, soprattutto in relazione alla capacità di tenuta del caregiver familiare.

L'attività di monitoraggio e controllo completa il ruolo di governance della ASL. In questo senso, è necessario che l'ASL possa costantemente monitorare, in relazione al Progetto Individuale definito, l'andamento della spesa in termini di prestazioni rendicontate.

Rispetto al modello sopra descritto, con successivo provvedimento attuativo della Giunta verranno definiti i seguenti aspetti:

- adeguamento del sistema di valutazione multidimensionale del bisogno;
- contenuti del Progetto Individuale;
- prestazioni erogabili al domicilio;
- soggetti accreditabili e procedure di accreditamento per l'erogazione delle prestazioni;
- modalità di remunerazione e rendicontazione delle prestazioni;
- modalità di effettuazione dei controlli.

Il suddetto provvedimento attuativo sarà emanato in tempo utile in modo tale da garantire l'attuazione degli interventi contenuti nella presente deliberazione di potenziamento della rete di offerta di residenzialità entro il 30 giugno 2015.

Al riguardo, tuttavia, si precisa che per l'attuazione dei provvedimenti in oggetto si ritiene necessario acquisire sulla presente deliberazione il parere favorevole da parte dei Ministeri competenti, anche, in considerazione che sulla base del processo avviato, che potrà portare ad un cambiamento della tipologia di persone che richiedono interventi di tipo residenziale e potenzialmente anche un incremento del loro numero, sarà necessario provvedere conseguentemente alla revisione del sistema di classificazione delle fasce assistenziali e tariffazione delle RSA e dei criteri di valutazione dei bisogni.